

FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR # 1 (Debe brindar información de todos los adultos del grupo familiar)		
Apellido:	Nombre:	Idioma materno:
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
¿Recibe actualmente ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique la última fecha del pago de ayuda financiera: ____/____/____		

RAZÓN DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Trabaja (Nombre del empleador/Código postal): _____	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo
<input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o está en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código postal:) _____	<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda
<input type="checkbox"/> Médicamente discapacitado/inválido	<input type="checkbox"/> Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño ÚNICAMENTE
<input type="checkbox"/> Trabajador migrante	

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, antes de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)					
INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE
\$	Sueldo, salario o ingresos de empleo autónomo	\$	Pensión alimenticia para cónyuge	\$	Cupones para alimentos (estampillas de comida)
\$	Beneficios del seguro social	\$	Discapacidad estatal	\$	Beneficios por desempleo
\$	Compensación para trabajadores	\$	Pensión alimenticia para hijos	\$	Pensiones/rentas vitalicias
\$	Seguridad de ingreso suplementario	\$	Subsidios de adopción	\$	Ayuda financiera (niños únicamente)
\$	Otro:	\$	Si usted <u>paga</u> pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes?		

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR # 2		
Apellido:	Nombre:	Idioma materno:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
¿Recibe actualmente ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique la última fecha del pago de ayuda financiera: ____/____/____		

RAZÓN DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Trabaja (Nombre del empleador/Código postal): _____	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo
<input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o está en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código postal:) _____	<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda
<input type="checkbox"/> Médicamente discapacitado/inválido	<input type="checkbox"/> Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño ÚNICAMENTE
<input type="checkbox"/> Trabajador migrante	

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, antes de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)					
INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE
\$	Sueldo, salario o ingresos de empleo autónomo	\$	Pensión alimenticia para cónyuge	\$	Cupones para alimentos (estampillas de comida)
\$	Beneficios del seguro social	\$	Discapacidad estatal	\$	Beneficios por desempleo
\$	Compensación para trabajadores	\$	Pensión alimenticia para hijos	\$	Pensiones/rentas vitalicias
\$	Seguridad de ingreso suplementario	\$	Subsidios de adopción	\$	Ayuda financiera (niños únicamente)
\$	Otro:	\$	Si usted <u>paga</u> pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes?		

NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR (Todos los niños del grupo familiar menores de 18 o menores de 22 años si son inválidos).			
#1. Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F	Códigos postales preferidos para el cuidado:	
Cuidado que se necesita: <i>(Marque todos los programas que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> NINGUNO			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Número de contacto	Número de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padres" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:			

#2. Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F	Códigos postales preferidos para el cuidado:	
Cuidado que se necesita: <i>(Marque todos los programas que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> NINGUNO			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Número de contacto	Número de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padres" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:			

#3. Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F	Códigos postales preferidos para el cuidado:	
Cuidado que se necesita: <i>(Marque todos los programas que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> NINGUNO			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Número de contacto	Número de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padres" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:			

#4. Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F	Códigos postales preferidos para el cuidado:	
Cuidado que se necesita: <i>(Marque todos los programas que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> NINGUNO			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Número de contacto	Número de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padres" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:			

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES, DISCAPACIDADES O CONDICIONES MÉDICAS				
<i>Marque todas las opciones que correspondan para cada niño enumerado arriba</i>	NIÑO # 1	NIÑO # 2	NIÑO # 3	NIÑO # 4
El niño tiene un Plan individual de servicios para la familia (IFSP, Individual Family Services Plan) (0-3 años)				
El niño tiene un Plan individual de educación (IEP, Individual Education Plan) 3 años o más				
Recibe servicios a través de un centro regional/Early Start				
Recibe servicios a través de un distrito escolar local (educación especial)				
Retrasos del desarrollo (cognitivo, autismo, síndrome de Down, etc.)				
Retrasos del desarrollo (físico, motriz)				
Comportamiento o retrasos emocionales/sociales				
Discapacidad física (parálisis cerebral, espina bífida, limitaciones ortopédicas, etc.)				
Problemas de salud/médicos (asma, diabetes, otro _____)				
Problemas de habla/idioma/comunicación				
Problemas de audición/visión				